UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1903-1904 N° 341

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU PÉNIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1904

Par Jean MORÈRE

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

MEMBRES DU JURY..... MM. AUDRY, *Président.*
PÉNIÈRES,
GUIRAUD, } *Assesseurs.*
BAUBY,

TOULOUSE
CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR
50, RUE SAINT-ROME, 50

1904

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1903-1904 N° 341

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU PÉNIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1904

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Par Jean MORÈRE

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

MEMBRES DU JURY..... MM. AUDRY, *Président.*
PÉNIÈRES,
GUIRAUD, } *Assesseurs.*
BAUBY,

TOULOUSE
CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR
50, RUE SAINT-ROME, 50

1904

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CAUBET.
ASSESSEUR	FRÉBAULT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY.
Histologie normale	TOURNEUX.
Physiologie	ABELOUS.
Anatomie pathologique	TAPIE.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN.
Pathologie interne	ANDRÉ.
Pathologie externe	PÉNIÈRES.
Médecine opératoire	LABÉDA.
Thérapeutique	SAINT-ANGE.
Hygiène	GUIRAUD.
Clinique médicale	CAUBET. MOSSÉ.
Clinique chirurgicale	JEANNEL. N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	AUDRY.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND.
Pharmacie	DUPUY.
Chimie et Toxicologie	FREBAULT.
Matière médicale	BRÆMER.
Histoire naturelle	LAMIC.
Physique	MARIE.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Chimie	ALOY.
Histoire naturelle	SUIS.
Médecine légale	GUILHEM.
Bactériologie	MOREL.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU.
Pathologie expérimentale	MAUREL.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes.	AUDEBERT.
Cours élémentaire aux élèves sages-femmes..	BARDIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	M. CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDRY

INTRODUCTION

Au cours de notre stage au service de M. le Professeur Audry, nous avons eu souvent l'occasion d'observer des suppurations primitives du pénis, de véritables abcès de la verge.

Ce fait nous a d'autant plus frappé que la plupart des classiques les passent à peu près complètement sous silence. Seule, la suppuration des troncs lymphatiques au cours de la chaudepisse et du chancre simple a été notée en passant dans les *Traités de Chirurgie* (Duplay et Reclus, — Le Dentu et Delbet) et plus anciennement dans le *Traité de la Suppuration*, de Chassaignac.

En réalité, les abcès de la verge sont bien loin d'être rares; seulement, les chirurgiens n'ont pas souvent l'occasion de les observer : voilà probablement pourquoi ils les délaissent dans leurs descriptions.

Nous nous proposons simplement de réunir et de publier un certain nombre de cas d'abcès primitifs de la verge ; ainsi nous éliminons de notre cadre les suppurations péniennes d'origine périnéale. Nous éliminerons également par définition les phlegmons aigus et les gangrènes septiques des organes génitaux externes et nous étudierons seulement les abcès du pénis, d'origine pénienne et développés dans le pénis.

On verra que ces abcès ont des origines et affectent des apparences extrêmement variables.

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui furent toujours pour nous des guides éclairés et bienveillants.

Nous devons un souvenir particulier à M. le Professeur Audry, qui nous inspira l'idée de ce travail. Il nous accueillit toujours avec bienveillance et ne nous ménagea pas ses meilleurs conseils ; nous sommes heureux, aujourd'hui qu'il nous fait l'honneur de présider notre thèse, de lui exprimer notre vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les abcès du pénis ont été observés au cours des diverses affections vénériennes, qui leur impriment parfois des caractères tout spéciaux. Nous en avons trouvé de nombreux exemples dans la littérature médicale.

La blennorrhagie a été signalée par nombre d'auteurs comme pouvant s'accompagner de pareille complication.

L'apparition des abcès y a été constatée dès 1831 par Duvergie et en 1838 par Ricord. Voici, à titre documentaire, ce qu'écrivait à leur sujet Bertheraud (1852) : « Le phlegmon de la verge

décèle encore la terminaison d'une lymphite ; il succède souvent aux blennorrhagies dites cordées et aux violences qu'un préjugé absurde leur fait subir, sous prétexte de rompre la corde qui tient le membre viril incurvé. »

« Dans des circonstances rares aussi, écrit à son tour le Docteur Reynaud, les gonorrhés s'accompagnent de véritables lymphites du pénis. Des vaisseaux lymphatiques, l'inflammation gagne le tissu cellulaire qui les entoure, détermine un gonflement plus ou moins considérable de la verge et occasionne parfois de petits abcès sous-cutanés. »

En 1860, Venot fait, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, une communication sur les abcès péri-uréthraux. Il décrit sous ce nom deux variétés d'abcès qui peuvent se produire comme complication d'une blennorrhagie, mais dont une seule mérite le nom d'abcès péri-uréthral, tandis que dans l'autre il s'agit d'une inflammation des glandules muqueux de l'urèthre.

En 1861, Cullerier, dans ses *Leçons cliniques* professées à l'Hôpital du Midi, fait remarquer que la suppuration atteint tantôt les lymphatiques, tantôt le tissu cellulaire environnant ; il signale également la formation, exceptionnelle du reste, d'une fistule consécutive.

La *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* publie également en 1862, sous la signature de Lagneau, trois observations d'abcès

péri-uréthraux d'origine blennorrhagique, avec cette particularité que deux présentaient le frein du prépuce comme localisation.

En 1864, Hardy fait paraître son *Mémoire sur les abcès blennorrhagiques*. Pour lui, la fosse naviculaire et le bulbe sont ses deux points de prédilection : il fait remarquer que l'infection blennorrhagique affectionne doublement ces deux régions à cause de l'abondance des follicules muqueux et du tissu cellulaire. Il signale également le phimosis phlegmoneux consécutif à la balanite interstitielle et les abcès qui sont parfois le résultat de la lymphite dorsale de la verge.

A son tour, Billet, en 1877, dans sa thèse inaugurale, publie un certain nombre d'observations où la lymphite blennorrhagique aboutit souvent à la suppuration. Pour lui, cette terminaison serait due tantôt à l'influence de certaines injections abortives, telles que le nitrate d'argent, tantôt à une intensité particulière de l'inflammation uréthrale.

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, Jullien consacre quelques lignes aux abcès péri-uréthraux et au phlegmon de la verge : il admet qu'ils peuvent survenir spontanément, dans certains cas, mais généralement ils succèdent à un traumatisme (rupture de la corde, excès vénérien, etc...).

Pour terminer cet historique sur les abcès d'origine blennorrhagique, il nous reste à signa-

ler diverses communications ou articles : d'abord, une observation de Sorbets publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1881, relative au phlegmon périuréthral et à l'inflammation des corps caverneux ; une autre de Billard, parue en 1897 dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, concernant une lymphite suppurée au cours d'une chaudepisse. Nous signalons enfin les articles du dictionnaire de Dechambre, dus à la plume de Beaugrand et Monod, et relatifs aux abcès périuréthraux et aux lymphites du pénis.

Le chancre mou peut, lui aussi, s'accompagner de la production d'abcès circonscrits, paraissant sur le trajet d'un cordon lymphatique de la face dorsale du pénis.

Dès 1838, Ricord, dans son *Traité des maladies vénériennes*, constate, sur 271 cas de chancre, 11 cas de lymphite dorsale, dont 5 se terminent par suppuration. Mais ces abcès ont ceci de caractéristique, c'est qu'ils évoluent comme des chancres mous. Ouvert spontanément ou non, « l'orifice ne présente pas de tendance à la cicatrisation. Il s'ulcère, s'élargit, se creuse ; les bords, irréguliers, se décollent ; le fond grisâtre laisse écouler un pus abondant ».

En 1865, Rollet décrit l'aspect spécial de ces abcès. « La suppuration s'y forme dans tous les points à peu près ; le sommet n'est guère plus ramolli que la base. Bien plus, pour peu qu'on tarde à les ouvrir, la peau qui les recouvre devient

tellement mince qu'on dirait une ampoule purulente plutôt qu'un abcès. »

En 1877, Billet signale, dans la moitié des cas, la suppuration comme terminaison de la lymphite chancreuse.

Verdier, dans sa thèse de 1884 sur les abcès lymphangitiques d'origine chancreuse, signale la production d'une série de chancres, échelonnés sur le dos de la verge, succédant à l'ouverture d'autant d'abcès. Il ne détermine pas les conditions étiologiques qui favorisent la suppuration. Il note cependant la vérole dans les antécédents de plusieurs de ses malades. Pour lui, la véritable condition pathogénique serait l'introduction et la migration à travers les vaisseaux lymphatiques du principe virulent du chancre mou.

En terminant cet historique, il nous reste à signaler certaines terminaisons, rares, il est vrai, de la lymphite syphilitique.

La suppuration a été notée par Vacca Berlinghieri et Ricord, mais surtout par Bassereau (1852). « La base indurée du chancre, dit-il, se transforma en une tumeur phlegmoneuse qui s'ouvrit après un travail inflammatoire lent. Il s'en écoula un liquide moins épais et plus blanc que le liquide phlegmoneux. La plaie resta longtemps fistuleuse ; elle était en communication avec l'intérieur d'un lymphatique hypertrophié, comme il était facile de s'en apercevoir au moyen de la sonde cannelée. »

Plus loin, il ajoute : « J'ai eu l'occasion de disséquer un de ces vaisseaux fistuleux sur un sujet qui succomba à une maladie aiguë dans le cours de la syphilis. L'artère et la veine étaient intactes ; le canal fistuleux n'était qu'un vaisseau lymphatique hypertrophié allant se perdre dans les ganglions inguinaux droits, tandis que son extrémité se terminait dans le tissu qu'avait occupé l'induration chancreuse. »

Après lui, de 1865 à 1873, Rollet, Follin, Lancereaux se sont contentés d'étudier l'état du cordon lymphatique, laissant de côté la marche de l'abcès et son aspect spécial.

On trouve à ce sujet, dans la thèse de Billet, des détails intéressants sur lesquels Horteloup paraît avoir, le premier, attiré l'attention. L'abcès lymphatique ouvert pourrait, d'après lui, revêtir l'aspect d'un chancre du fourreau, à surface légèrement bombée, arrondie, de teinte rouge vineuse, reposant sur une base indurée : on aurait dit la surface d'un chancre ecthymateux dépourvu de croûte.

DIVISION

A voir les choses en gros, on peut diviser les abcès du pénis en deux grandes classes :

1° La première renferme les abcès lymphangitiques qui se développent à une distance plus ou moins grande du point d'infection;

2° La seconde concerne les abcès périfolliculaires, c'est-à-dire ceux qui se sont développés immédiatement autour du foyer. Ce mot périfolliculaire est pris dans le sens le plus large; toutefois, d'une manière générale, il s'agit de périfolliculite développée sous la peau. Il ne nous a pas paru utile de reprendre ici l'étude des folliculites uréthrales, qui a été faite bien souvent.

Après avoir résumé rapidement les caractères cliniques présentés par l'une ou l'autre de ces deux classes d'abcès, nous énumérerons les diverses modalités, localisations et marche que peuvent offrir ces abcès.

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE

I. — Abcès lymphangitiques.

La lymphangite de la verge ne présente pas de caractères propres : le seul cachet spécial est imprimé par la forme de l'organe malade et la disposition des lymphatiques à sa surface.

Les lymphatiques de la verge se divisent en superficiels et profonds.

Les premiers proviennent des téguments; ils forment deux réseaux principaux, au niveau du prépuce et le long du raphé médian, aboutissant à un tronc collecteur médian et généralement impair : le lymphatique superficiel de la verge.

Les profonds prennent naissance dans le gland par un double réseau superposé communiquant en avant au niveau du méat avec le réseau de l'urèthre et en arrière avec celui du prépuce. Leurs troncs collecteurs aboutissent au frein, puis, de là, se dirigeant en haut et en arrière, ils forment une collerette autour de la couronne et se jettent dans un tronc collecteur commun, le lymphatique dorsal profond. Comme le superficiel, ce dernier parcourt la face dorsale du pénis et se bifurque au niveau de la racine pour aboutir aux ganglions de l'aine.

La lymphangite de la verge peut revêtir deux formes; l'inflammation peut n'intéresser que les troncs lymphatiques, tout en déterminant autour d'eux, dans le tissu cellulaire environnant, une zone d'empâtement.

Elle peut parfois rester localisée aux réseaux lymphatiques; c'est de l'angioleucite réticulaire ou diffuse. La phlegmasie reste alors localisée à certaines régions de la verge voisines de la lésion initiale.

Mais, généralement, la lymphite est mixte, intéressant à la fois les troncs et les réseaux. L'inflammation, d'abord localisée, s'étend progressivement et gagne peu à peu les diverses régions du pénis.

Mais, quelle que soit la nature de la lésion initiale, la lymphite ne se manifeste, au début, que par une sensation de pesanteur de l'organe.

L'érection l'exagère ainsi que la pression du dos de la verge. Puis la douleur apparaît, s'irradiant vers la racine du pénis, parfois même le long de la cuisse.

Déjà des modifications surviennent du côté de la verge. Le prépuce se tuméfie du fait de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire. La peau du fourreau se modifie également dans son épaisseur et sa consistance.

Du prépuce, la rougeur s'étend sur le reste de l'organe ; la température locale s'élève. Des traînées rouges suivent les faces dorsale et latérale du pénis, se dirigeant vers la racine ; ce sont des cordons lymphatiques enflammés, donnant au doigt qui les palpe la sensation de cordons durs, présentant de distance en distance des renflements inégaux ; ils aboutissent, des deux côtés de l'aine, aux ganglions hypertrophiés.

A cette période, la lymphite peut avoir deux terminaisons différentes : la résolution ou la suppuration. Dans le premier cas, les phénomènes locaux s'atténuent et tout rentre peu à peu dans l'ordre ; dans le deuxième cas, les symptômes locaux et fonctionnels s'accentuent : la suppuration apparaît comme terminaison inévitable.

A la gêne, à la pesanteur du début, succède une douleur intense, spontanée, pulsatile, s'irradiant vers la racine de la verge, voire même le long de la cuisse et s'exagérant au moindre contact.

En même temps, de légers frissons secouent le

malade ; la température du corps s'élève. L'anorexie est absolue, la langue saburrale, parfois même la diarrhée existe.

Du côté du pénis, on observe diverses modifications. L'organe tout entier paraît augmenté de volume. Mais le tissu cellulaire s'infiltre là où il est le plus lâche, dans les parties déclives, comme les parties latérales du frein ou la totalité du prépuce.

Mais deux cas différents peuvent se présenter : la suppuration peut rester localisée aux réseaux lymphatiques ; nous nous trouvons alors en face d'une lymphite réticulaire ou diffuse. L'extrémité de la verge peut prendre, dans ce cas, des dimensions énormes, grâce à la laxité du tissu cellulaire, qui est du reste particulièrement lâche et abondant à ce niveau. La coexistence d'un phimosis inflammatoire est habituelle ; l'orifice du prépuce reste à peine suffisant pour laisser écouler l'urine ou le pus uréthral. L'organe présente, dans ces conditions, une forme spéciale, celle d'une massue ou d'un battant de cloche.

Si l'on consulte l'état des cordons lymphatiques dorsaux de la verge, on peut constater qu'ils sont eux-mêmes hypertrophiés et roulent sous le doigt qui les explore.

Dans d'autres cas, au contraire, la suppuration, dédaignant l'extrémité de la verge, qui réagit à peine, affecte particulièrement les troncs lymphatiques. Leur perception n'est pas toujours

bien nette, car ils sont noyés dans une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire environnant. De distance en distance, on perçoit des nodosités ; les ganglions de l'aine sont eux-mêmes gros, durs, douloureux et susceptibles de suppurer eux-mêmes.

Peu à peu, sur le cordon hypertrophié, au niveau d'une seule nodosité déjà décrite ou de plusieurs, on voit apparaître une légère tuméfaction qui s'accroît de jour en jour. Cette tumeur, médiane, parfois légèrement déjetée sur le côté, donne à l'organe une forme arquée, bombée à la partie supérieure. Au début, elle est dure, mal délimitée, à cause de l'œdème environnant ; la pression y est excessivement sensible. Bientôt la tumeur acquiert le volume d'une noix ; la fluctuation ne tarde pas à y apparaître.

Au lieu d'un simple abcès, on peut en voir apparaître deux, même trois, quand la lymphite est d'origine chancreuse. Verdier, dans sa thèse, a publié un certain nombre d'observations, où les abcès se disposent en forme de chapelet sur la face dorsale du pénis.

En décrivant, plus loin, les diverses variétés d'abcès, nous nous arrêterons spécialement sur l'aspect particulier et l'évolution ultérieure que présentent les abcès lymphangitiques, suivant qu'ils sont d'origine gonococcique ou chancreuse.

Mais, de quelque nature qu'ils soient, ces abcès

tendent à s'ouvrir spontanément au dehors. Le pus qui s'en écoule est franchement phlegmoneux, parfois sanieux, grisâtre, mêlé de sang.

En même temps, l'ouverture de l'abcès, qu'elle soit spontanée ou non, amène aussitôt une détente dans les phénomènes inflammatoires de l'organe malade, ainsi qu'une diminution sensible des symptômes généraux.

II. — **Abcès périfolliculaires.**

Si les abcès d'origine lymphangitique se développent généralement à distance de la lésion initiale, les abcès périfolliculaires ou périglandulaires se forment, comme le nom l'indique, au voisinage immédiat des follicules enflammés.

Les glandes du pénis sont disposées dans deux régions bien distinctes. Les unes sont situées sous la face inférieure de la verge et l'orifice de leur canal excréteur vient s'ouvrir dans la lumière du canal de l'urèthre ; elles portent le nom de follicules. Ils font leur apparition à deux ou trois centimètres en arrière du méat et s'étendent de là jusqu'à l'extrémité vésicale du canal. Ils sont particulièrement abondants au niveau de la fosse naviculaire ; quelques-uns sont très longs, aboutissant au-dessous de la peau adjacente par un trajet

oblique; cette disposition a été notamment observée par Beaugrand.

Comme la muqueuse de l'urèthre, celle du prépuce présente également un certain nombre de glandes dont l'orifice excréteur s'ouvre, au contraire, superficiellement. Ce sont des glandes sébacées rudimentaires, connues sous le nom de glandes de Tyson. Ces glandes siègent de préférence vers le fond de la cavité préputiale, dans le sillon balano-préputial, sur la couronne du gland et dans les fossettes latérales du frein.

C'est autour de ces glandes infectées que se développent les abcès périfolliculaires ; ils sont le résultat de l'extension de l'inflammation blennorrhagique de la surface de la muqueuse aux tissus sous-muqueux et au tissu cellulaire sous-cutané.

Les écarts de régime, la masturbation, le coït, la rupture violente de la corde en sont généralement les causes habituelles.

L'infection glandulaire, elle, est en général contemporaine de celle de l'urèthre. De la muqueuse uréthrale, le gonocoque gagne facilement les follicules dont l'orifice terminal baigne dans le pus ; d'autre part, les glandes de Tyson peuvent être isolément contaminées par le pus qui s'écoule du méat.

Mais l'apparition des abcès est variable : tantôt ils concordent avec le plus haut degré d'infection uréthrale, tantôt ils se forment à des époques plus ou moins éloignées de la période aiguë.

Les symptômes du début passent généralement inaperçus ; ils n'offrent rien de caractéristique, car ils se confondent le plus souvent avec ceux d'une chaudepisse folliculaire ou cordée.

L'abcès est généralement précédé d'une douleur fixe au niveau du point envahi ; elle y est très vive, parfois même insupportable à la pression. Au palper, on ne trouve d'abord qu'un peu d'empâtement et de dureté ; la peau est en général rouge à ce niveau. Au bout de deux à trois jours, la tuméfaction devient apparente, la fluctuation peut y être même parfois évidente.

Nous nous arrêterons plus loin sur la disposition et la forme particulière que peuvent présenter ces abcès.

Suivant l'intensité de l'inflammation, le pénis peut subir des modifications dans sa forme et son volume ; l'observation V en est la preuve. Dans ce cas, le prépuce s'épaissit du fait de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire ; il s'établit même un phimosis transitoire que l'ouverture de l'abcès fera disparaître.

Dans ces conditions, l'extrémité de la verge peut prendre, grâce à la laxité du tissu cellulaire, des dimensions considérables, qui donnent à l'organe l'aspect d'une massue, d'un battant de cloche.

En même temps, la palpation met en évidence, sur le dos de la verge, les cordons durs et flexueux des cordons lymphatiques hypertrophiés.

De pareils phénomènes inflammatoires peuvent s'observer dans les abcès localisés de la face inférieure du pénis, mais ils sont très peu marqués dans les abcès localisés du frein.

Parmi les phénomènes physiologiques le plus souvent notés, nous trouvons un état fébrile léger et un certain degré d'inappétence.

On n'observe pas de trouble du côté de la miction ; le malade urine aussi facilement que le permet sa blennorrhagie, car tout se passe entièrement en dehors de l'urèthre. Nous ne pourrions pas en dire autant des abcès folliculaires, et c'est précisément un de leurs caractères distinctifs ; dans ce cas, la miction est pénible et gênée ; l'urine sort en tire-bouchon ou en double jet.

L'évolution des abcès est en général rapide et régulière ; le foyer purulent une fois formé, la peau qui le recouvre se perfore d'elle-même, en dehors de toute intervention chirurgicale, parfois par deux et même trois petits perthuis. Tel n'est point le cas pour les abcès folliculaires : le pus peut s'évacuer aussi bien à travers la muqueuse de l'urèthre qu'à travers la peau. Dans le premier cas, l'urine séjournera dans le foyer et provoquera un phlegmon ; dans le second cas, rien à craindre si tout se borne là ; mais il peut arriver que, la peau abcédée, l'urèthre à son tour se perfore, d'où formation d'une fistule uréthrale.

Le pronostic est donc favorable dans l'évolution des abcès périfolliculaires ; le pus évacué, le

travail de réparation se fait comme ailleurs; quand la cicatrisation est obtenue, tout est terminé sous tous les rapports. Il faut cependant faire une exception : un nouvel abcès peut apparaître au même niveau à l'occasion d'une infection nouvelle; nous en parlerons plus loin, sous le nom d'abcès récidivants.

CHAPITRE III

VARIÉTÉS CLINIQUES

Les abcès du pénis se présentent à nous sous des formes diverses ; nous nous proposons de les étudier au point de vue de leur localisation ; nous signalerons en même temps les particularités qu'ils peuvent présenter au point de vue de leur siège anatomique et de leur évolution.

Nous distinguerons donc successivement :

1° Les abcès du frein ;
2° Les abcès du sillon ;
3° Les abcès du prépuce ;
4° Les abcès limités de la face inférieure ;
5° Les abcès limités de la face supérieure ;

6° Les abcès étendus de la face inférieure;
7° Les abcès récidivants;
8° Les abcès diffus.

I. — Des Abcès du frein.

Les abcès du frein présentent un aspect particulier. Ils affectent le volume d'une aveline, d'une cerise, parfois même ils ne dépassent pas la grosseur d'un petit pois. Ils sont arrondis, disposés sur l'un des côtés du frein, parfois sur les deux, et recouverts à ce niveau par la muqueuse, qui présente une coloration rouge.

Il n'existe parfois qu'un abcès; dans ce cas, il sera médian ou latéral par rapport au frein. Dans le premier cas, il présente un aspect bilobé, formant de chaque côté du frein un relief plus ou moins accusé, et présentant à sa partie médiane un sillon de dépression, formé par le filet. Quand il est unilatéral, il n'existe rien de particulier.

Parfois, au lieu d'un abcès il y en a deux, occupant une position symétrique dans les deux fossettes latérales du frein.

Cette variété d'abcès a déjà été décrite par Lagneau fils, à qui nous empruntons deux de ses observations.

Plus tard, Hardy en signala divers cas, dont les figures sont reproduites dans le *Traité* de

Jullien. Nous publions nous-même une troisième observation inédite, que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Audry.

PREMIÈRE OBSERVATION

(Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 1862.)

Lagneau fils.

X..., 35 ans, guéri de chaudepisse antérieure, voit, le 30 décembre 1856, trois jours après un coït, apparaître un écoulement uréthral non douloureux. Il prenait des capsules de copahu quand, le 20 janvier 1857, il reconnut sur le côté droit du frein, au filet du prépuce, une très petite tumeur. Le 24, il vient me consulter : écoulement peu abondant, blanc, épais ; l'émission de l'urine n'était nullement douloureuse ; la tumeur était grosse comme une petite noisette, à peu près sphérique, dure, résistante, assez mobile sous le tégument, qui était rouge sans être épaissi. Le 26, la tumeur s'ouvrit et laissa s'écouler un peu de pus par un petit orifice blanchâtre voisin du filet. Le 31, la tumeur, quoique dure, était de moindre volume. L'écoulement uréthral blanc avait plutôt augmenté. Je prescrivis alors, trois fois par jour, des doses progressives de capsules de copahu, de sirop de ratanhia. La guérison survint peu après.

II[e] OBSERVATION

(Du même.)

X..., 25 ans, écoulement uréthral. Bientôt, sur le côté droit du frein, se montra une petite tumeur du volume d'une grosse lentille. La tumeur fut ouverte : quelques gouttes de pus s'en écoulèrent. Du côté gauche du frein, une nouvelle tumeur se manifesta ; par suite de son accroissement, le frein distendu devint le siège de douleurs assez vives, surtout lors des érections. Cette seconde tumeur, plus considérable que la première, s'ouvrit bientôt. Quand je vis ce malade, l'écoulement uréthral était blanc jaunâtre, très abondant ; le méat urinaire n'était ni ulcéré ni rouge. Le canal était peu sensible, sauf au niveau de la fosse naviculaire, où sa paroi semblait être le siège d'un épaississement mal délimité, en connexion avec la base de deux petites excroissances formées, de chaque côté du frein, par la procidence des orifices des deux tumeurs, d'où suintait une matière séro-purulente. De ces deux excroissances, la droite était plus volumineuse. Pas de tuméfaction des ganglions inguinaux.

J'appris depuis, par le confrère qui m'avait adressé ce malade, que ces excroissances, ainsi que l'écoulement uréthral, avaient bientôt guéri, mais qu'un peu d'engorgement avait subsisté dans le tissu cellulaire intermédiaire à la fosse naviculaire et au frein.

IIIe OBSERVATION (*Inédite*).

(Communiquée par M. le Professeur Audry.)

X..., 32 ans, marié, vient consulter, pour les accidents suivants, M. le Professeur Audry.

Il a depuis longtemps une blennorrhagie mal soignée, devenue subaiguë, presque latente.

Quand il se présente, l'écoulement est faible, blanchâtre, sans gonocoques. — Méat normal.

Il a souffert assez vivement du côté du frein, puis a vu apparaître deux grosseurs qui se sont vidées spontanément.

Il présente actuellement deux petits trajets fistuleux ouverts de chaque côté du frein.

Ils conduisent dans une petite cavité commune, sous-cutanée, indépendante de l'urèthre et contenant un peu de pus d'où le gonocoque était absent.

De ces trois observations, il faut déduire le fait suivant : c'est l'apparition de l'abcès, au cours d'une chaudepisse, à l'état aigu ou presque latent.

Dans les deux premières, le gonocoque est assurément l'agent déterminant; dans la troisième, le pus de l'urèthre, pas plus que celui de l'abcès, ne contenait de gonocoque; nous avons donc eu affaire à une infection secondaire.

Mais une question intéressante se pose : à quel niveau s'est développé l'abcès?

Lagneau élimine d'emblée les glandes de la muqueuse uréthrale, particulièrement abondantes à ce niveau, parce que « de semblables glandules tuméfiées, vu la résistance de la tunique érectile et fibreuse de l'urèthre, ne sembleraient pas pouvoir faire saillie sous le filet ».

Aussi le tissu cellulaire circonvoisin du canal lui paraît être plutôt le siège de ces abcès. De plus, étant donnée la forme de ces tumeurs globuleuses et mobiles, il était disposé à croire qu'ils avaient pour siège des glandules situées dans le tissu cellulaire intermédiaire au canal et au filet. Ces glandes ne seraient autres que celles de Tyson, enflammées isolément au contact du pus qui s'écoule du méat.

Quant à nous, nous croyons qu'ils ont pour siège, non les glandes de Tyson, mais le tissu cellulaire où elles baignent. L'observation III nous en fournit la preuve : l'ouverture des deux abcès bilatéraux du frein a produit une double fistule, également bilatérale. Un stylet, introduit des deux côtés en même temps, fait constater que les deux trajets aboutissent à une cavité commune. Nous pouvons ajouter que cette disposition s'observe généralement.

Il est possible, assurément, que la glande elle-même contienne du pus : abcès glandulaire et abcès péri-glandulaire peuvent parfaitement coexister.

Au point de vue clinique, il importe peu que le

siège de l'abcès soit dans la glande elle-même ou dans le tissu cellulaire voisin; dans l'un et l'autre cas, l'abcès est toujours en dehors de la tunique fibreuse de l'urèthre.

Aussi le pronostic de ces abcès est-il toujours favorable, car ils s'ouvrent au dehors et non dans la muqueuse uréthrale, ce qui aurait lieu certainement si l'abcès avait son siège dans les glandes de l'urèthre.

De cette façon, leur ouverture spontanée ne pourra jamais provoquer de fistule urinaire ni autres accidents; cependant, bien qu'il n'y ait pas d'inconvénient à laisser évoluer l'abcès, l'intervention précoce sera toujours préférable; elle hâtera toujours la guérison.

II. — **Abcès de la rainure.**

Il est tout naturel de placer côte à côte les abcès de la rainure et du frein, car ils reconnaissent la même étiologie, présentent les mêmes caractères et ont également leur lieu d'élection autour des glandes de Tyson; nous avons vu en effet, plus haut, en étudiant leur disposition, qu'elles se rencontraient aussi dans le sillon balano-préputial. Nous pourrions répéter à leur sujet ce que nous avons déjà dit à propos des abcès du frein. Mais qu'il nous suffise de signaler, dans l'obser-

vation qui suit, la présence de gonocoques abondants dans le pus de la collection.

IVe OBSERVATION *(Inédite).*

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Audry.)

P..., 25 ans, présente depuis quinze jours un écoulement blennorrhagique ; il n'a été traité que par un pharmacien, qui lui a donné du santal.

La veille, il s'aperçoit d'une petite tumeur globuleuse, développée dans l'épaisseur du prépuce, à droite du filet. Il se présente alors à la consultation de M. le Professeur Audry. A l'examen, on constate un écoulement épais et abondant. Pas de cystite. — Le méat est normalement conformé. — A cinq millimètres du filet, faisant saillie dans la rainure, on aperçoit une tumeur grosse comme un haricot, lisse, brillante, rosée, comme semée de points jaunes, reposant sur une base dure et profonde, mobile, indépendante de l'urèthre.

M. le Professeur Audry fait l'incision de l'abcès ; il s'en écoule un pus jaune qui contenait des gonocoques abondants, autant du moins qu'on puisse l'affirmer sur les caractères morphologiques.

Le malade a été revu quinze jours plus tard ; la guérison de l'abcès était complète.

III. — Abcès du prépuce.

L'apparition d'accidents suraigus, phlegmoneux ou gangréneux du prépuce ont été étudiés, par Ricord, comme des formes particulières du phimosis accidentel, et par Cullerier l'Ancien comme des modes de terminaison du phimosis inflammatoire.

En réalité, ce sont des complications anormales, exceptionnelles. Elles ont été signalées par Rollet au cours d'une balano-posthite blennorrhagique; un chancre syphilitique pourrait également y donner lieu par fonte purulente de l'induration chancreuse. Mais le phlegmon du prépuce s'observe surtout dans le cas de chancres mous, compliqués de balanite suraiguë. Il se produirait là, suivant l'expression de Melchior-Robert, un véritable cercle vicieux entre le phimosis, qui donne aux lésions sous-préputiales plus d'acuité, et les lésions sous-préputiales, qui, ainsi surexcitées, provoquent le gonflement du prépuce et amènent l'état phlegmoneux du phimosis.

Nous avons eu l'occasion, dernièrement, d'observer un cas d'abcès du prépuce intéressant, en ce sens qu'il s'est développé à la suite d'un épithélioma du gland qui avait amené la production d'un phimosis excessivement serré; en voici l'observation :

V^e^ OBSERVATION *(Inédite)*.

X..., 65 ans, de constitution robuste, sans antécédents ; il décalottait autrefois très bien ; mais, depuis vingt ans, il présente du phimosis.

Il y a un an et demi, il se produisit, du côté de l'extrémité de la verge, des accidents aigus, avec gonflement et suppuration. Ces accidents ont duré trois semaines ; le malade s'est vite rétabli. Il y a un mois, les mêmes phénomènes se reproduisirent : gonflement de l'extrémité de la verge, principalement de la face dorsale, au niveau de la partie supérieure du prépuce ; douleur très vive et rougeur ; au bout de quinze jours, l'abcès s'ouvrit spontanément.

Le 16 décembre 1903, il entre à la Clinique avec un phimosis complet, serré : le prépuce est gonflé ; sur sa face dorsale existent deux orifices fistuleux, par où coule du pus en assez grande quantité ; sur le bord même du prépuce existe un petit soulèvement de la peau, limitant manifestement une cavité ; la pression fait sortir du pus par les fistules. Au voisinage de l'une d'elles, sur la peau, existe une petite verucosité rosée, ressemblant à une végétation sessile. Des deux côtés de l'aine, il existe plusieurs ganglions hypertrophiés.

On fait l'incision du phimosis : il est serré et adhère en plusieurs endroits au gland. Sur la face dorsale de celui-ci, au niveau du sillon balano-préputial, on constate l'existence d'une ulcération bourgeonnante.

M. le Professeur Audry porte immédiatement le diagnostic d'épithélioma ulcéré du gland, avec abcès du prépuce et infection épithéliomateuse de la peau au niveau d'une fistule.

Le 18, M. le Professeur Audry faisait l'amputation de la verge.

L'examen de la pièce montre un épithélioma ulcéré situé au point indiqué plus haut ; le gland est petit et adhérent de tout côté au prépuce.

L'abcès est creusé en plein prépuce ; une sonde, introduite par l'une des fistules, montre qu'il s'ouvre inférieurement, par un mince orifice, au fond de l'ulcération épithéliomateuse. On pratique l'incision des parois de l'abcès : on constate qu'elles sont formées de tissu sanieux analogue à celui qui constitue l'épithélioma.

En réalité, nous n'avons pas affaire à un véritable abcès du prépuce développé en plein tissu interstitiel à la suite d'infection secondaire de l'ulcération épithéliomateuse. C'est un faux abcès, un abcès épithéliomateux.

L'épithélioma a ulcéré le prépuce de dedans en dehors ; le trajet fistuleux s'est infecté secondairement et a amené la production d'un abcès préputial.

IV. — **Abcès limités de la face inférieure.**

Ces abcès ont été bien des fois signalés, au cours de la chaudepisse, sous le nom d'abcès péri-uréthraux. Les faits de ce genre sont connus depuis longtemps; nous rappelons brièvement les travaux de Venot, Lagneau fils, Rasch et Renault, à qui nous avons emprunté une de ses observations. Dans le courant de l'année, nous avons nous-même observé les deux cas suivants :

VI[e] OBSERVATION *(Personnelle).*

X..., cocher, 35 ans, se présente à la consultation le 10 juin 1903. Il présente une verge énorme; la peau est rouge, chaude. Le prépuce est œdématié et en état de phimosis; par l'orifice préputial rétréci, s'écoule un liquide purulent, contenant du gonocoque.

Au palper, on sent sur la face supérieure du pénis des cordons longitudinaux aboutissant des deux côtés de l'aine aux ganglions hypertrophiés.

Sur la face inférieure du pénis, sur la ligne médiane et au niveau de la partie moyenne, on sent une zone d'empâtement, pas très bien délimitée et excessivement douloureuse à la palpation.

On ordonne au malade l'enveloppement humide du pénis, ainsi que de l'opiat pour l'intérieur.

Trois jours après, le malade revient à la consultation avec un abcès du pénis ouvert. On aperçoit, à quatre centimètres en arrière du méat, sur la ligne médiane, un orifice par où s'écoule, à la pression, un pus épais et jaunâtre.

On peut constater déjà une certaine amélioration dans les phénomènes inflammatoires de la verge; l'infiltration du prépuce a diminué, la peau du pénis est moins tendue, la palpation de l'organe est moins douloureuse.

D'un coup de bistouri, on élargit l'ouverture de l'abcès; on lave, on laisse en place une mèche de gaze iodoformée, on saupoudre d'acide borique et l'on fait un pansement occlusif, qu'on renouvelle quotidiennement.

Lavages au permanganate de l'urèthre.

Le phimosis s'atténue graduellement; la plaie se cicatrise régulièrement et, au bout de quinze jours, la guérison est complète. Mais le malade reste encore en traitement pour sa chaudepisse, qui fut guérie ultérieurement.

VII[e] OBSERVATION *(Inédite)*.

(Communiquée par M. le Professeur Audry.)

X..., 18 ans, photographe, atteint de blennorrhagie aiguë, datant d'un mois. — Il présente, depuis deux jours, de la rougeur et de la douleur, ainsi qu'un gonflement considérable sur la ligne médiane de la

face inférieure de la verge. La tuméfaction, recouverte sur une grande étendue de peau violacée, s'étend de l'angle péni-scrotal jusqu'au frein préputial. Il existe de la fluctuation sur la ligne médiane; mais la partie dorsale du pénis est relativement peu modifiée.

On fait une incision de la tumeur ; il s'écoule une cuillerée à café de pus bien lié. La cavité, bien limitée, située exactement au milieu du pénis, est en contact direct avec le bulbe, mais ne communique pas avec l'urèthre. Le long du canal il n'existe pas d'autre folliculite appréciable. Le pus de l'abcès ne contenait pas de gonocoques.

Au bout de quinze jours la guérison était complète.

VIII[e] OBSERVATION

(*Journal des Praticiens*, 1901, Docteur Renault.)

Au cours d'une uréthro-cystite blennorrhagique, apparut chez un homme de 42 ans, au niveau de la partie préputiale du raphé médian du pénis, une tuméfaction rouge, douloureuse à la pression. A la partie antérieure de cette tumeur existait un orifice par où la pression faisait échapper un peu de pus bondé de gonocoques. Mais, ce qu'il y a d'intéressant dans le cas particulier, c'est que l'abcès ne s'est montré que deux mois après la récidive d'une uréthrite.

Ces abcès sont toujours consécutifs à l'infection gonococcique du canal de l'urèthre ; ils apparaissent tantôt au moment où l'infection uré-

thrale est le plus accentuée, tantôt, au contraire, dans la période subaiguë.

Les cas signalés sont assez nombreux; cependant nous pouvons les considérer comme relativement rares, par rapport au nombre élevé de chaudepisses observées ; peut-être devons-nous cette rareté à l'efficacité des traitements employés contre l'infection uréthrale.

Les abcès de la face inférieure du pénis sont plus volumineux que ceux du frein. Situés sur la ligne médiane, ils forment tantôt une tumeur arrondie, bien limitée, tantôt une tumeur aplatie et diffuse. D'habitude, ils évoluent rapidement et font saillie de bonne heure sous la peau, ne gênant à aucun moment l'émission de l'urine.

Les phénomènes d'infection générale sont très rares; on observe simplement une douleur vive, pouvant causer de l'insomnie et un certain degré d'inappétence.

La déformation de l'organe n'existe guère qu'à la face inférieure, qui présente une surface légèrement bombée ; l'inflammation peut cependant retentir sur la face supérieure de la verge et sur le prépuce, qui se laisse distendre.

Mais de quelle nature sont ces abcès? Ce ne peut être évidemment des abcès folliculaires développés dans l'intérieur des follicules de l'urèthre. Englobés par la tunique érectile et fibreuse du canal, ils n'auraient pas de tendance à faire si facilement saillie sous la peau; de plus, nous ob-

serverions alors des troubles de la miction résultant de la compression du canal de l'urèthre.

Pour Renault, ils se développeraient dans un de ces canalicules que l'on rencontre parfois à la surface inférieure de l'urèthre et que l'on regarde comme des kystes dermoïdes.

Quant à nous, nous penchons pour le siège extra-folliculaire de l'abcès. Autour du follicule primitivement infecté, le tissu cellulaire réagit ; il s'œdématie ; ses éléments sont frappés de nécrose ; une collection purulente se forme ; mais cette collection sera superficielle, péri-folliculaire, d'où cette double tendance à faire saillie de bonne heure sous la peau et à s'ouvrir spontanément en dehors, sans qu'il existe de trace de perforation de l'urèthre. Ce sont des abcès péri-folliculaires.

Mais, à côté de ces abcès à évolution rapide, nous pouvons en rencontrer d'autres qui affectent, au contraire, une marche excessivement lente : nous voulons parler des *abcès chroniques, non récidivants*. Nous avons tenu à les rapprocher, afin de bien établir les contrastes qui existent entre les uns et les autres.

Par leur évolution chronique, par leur adhérence à la paroi de l'urèthre, ils rappellent les folliculites qui constituent d'ordinaire des lésions essentiellement chroniques. Cependant, quoique l'examen histologique de leur paroi ne révèle point de trace d'épithélium, nous ferons des réserves sur la nature exacte de ces abcès ; on

pourra, du reste, en juger d'après l'observation suivante :

IX[e] OBSERVATION *(Inédite)*.

X..., 22 ans, étudiant, présente sur la face inférieure de la verge, au niveau de la ligne médiane, une petite tumeur fluctuante, de consistance ferme, un peu douloureuse au toucher, située profondément sous la peau, qui reste mobile à son niveau.

Cette petite tumeur, grosse comme une noisette, remonte à environ deux mois ; elle est apparue au cours d'une chaudepisse qui ne se manifeste, actuellement, que par un léger suintement contenant des gonocoques ; depuis son apparition, elle augmente progressivement de volume. Il n'existe pas d'autre trace de folliculite sur tout le trajet du canal.

On fait l'incision ; on tombe dans une cavité limitée, contenant 3 à 4 grammes de pus bien lié, et s'étendant jusqu'à l'urèthre, sans qu'il y ait communication.

La paroi est formée de tissu rosé; ferme ; il n'existe pas de gonocoque dans le pus ; l'examen histologique de la paroi n'a révélé aucune trace d'épithélium, mais seulement du tissu fibroïde avec une infiltration particulièrement intense de la face interne ; la structure ne différait en rien de celle des abcès chroniques ordinaires.

La guérison fut facile et prompte.

V. — Abcès limités de la face dorsale.

Ces abcès proviennent généralement de la suppuration des troncs lymphatiques et du tissu cellulaire qui les entoure. Cette terminaison de la lymphite dorsale est rare; elle a été cependant observée au cours des différentes affections vénériennes : chaudepisse, chancre mou et chancre induré.

L'abcès est généralement unique; on peut cependant en observer plusieurs échelonnés le long du lymphatique. Mais, quel que soit le nombre, l'abcès se forme toujours au niveau des nodosités que présente un tronc lymphatique enflammé et qui correspondent exactement aux valvules dont le vaisseau est pourvu.

Cette disposition avait déjà été observée par Rollet : « Le pus absorbé par les voies lymphatiques est arrêté dans le vaisseau lui-même, et cela par les valvules dont il est pourvu, car c'est précisément au niveau des valvules lymphatiques, et par conséquent dans des points qui sont à un certain degré des obstacles à la circulation, que se forment les abcès lymphangitiques : ainsi s'explique leur disposition en chapelet quand ils sont multiples. »

L'évolution des abcès lymphangitiques n'est

point la même au cours de la chaudepisse et du chancre ; pour plus de clarté, nous allons les étudier dans l'une et l'autre de ces affections.

A) Abcès lymphangitiques d'origine gonococcique

Xe OBSERVATION

(Journ. des Mal. cut. et typh., 1897, Billard.)

X..., étudiant, contracte chaudepisse en mai 1897. On essaie en vain traitement abortif au permanganate. Suppression des lavages et administration de dix capsules de potion de Chopart.

Période aiguë de la maladie, avec mictions et érections douloureuses, écoulement jaune verdâtre, abondant, et contenant des gonocoques.

Cinq jours après suppression des lavages, douleur au niveau d'un ganglion de l'aine droite; le lendemain apparaît, sur la face dorsale de la verge, au tiers postérieur, un cordon dur, sous-cutané : léger œdème diffus de toute la région, contrastant avec l'intégrité du tiers antérieur de la verge et du sillon balano-préputial. Seules, les lèvres du méat sont saillantes et rouges. — Pansement humide n'amène pas d'amélioration.

Peu à peu, l'œdème aparaît vers la partie antérieure ; le cordon de lymphite devient moins net; il s'étale à la base comme un demi-anneau, se prolongeant en deux larges pointes sur les corps caverneux. Il se forme une tumeur dorsale du tiers postérieur de

la verge, mal limitée à cause de l'œdème et donnant à l'organe une forme arquée, bombée à la partie supérieure.

Palpation douloureuse ; pas de fluctuation ; écoulement uréthral diminué, mais épais et jaunâtre.

Cinq jours après l'apparition de cette lymphite, le malade éprouve des frissons légers, répétés ; il se produit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche une tuméfaction douloureuse. Langue saburrale ; inappétence ; diarrhée. En même temps, la tumeur de la verge acquiert le volume d'une petite noix.

Régime lacté absolu ; lavages au permanganate ; immobilisation et enveloppement des régions articulaires malades.

L'articulation s'améliore, mais la région dorsale de la verge est plus douloureuse ; la tumeur enserre la verge en un large anneau. Langue saburrale ; constipation.

Le lendemain, purgation et séjour au lit : température du soir, 38°6.

Le jour suivant, la ponction de la tumeur ramène une goutte de pus épais, louable. Immédiatement, M. le Professeur Audry fait une incision de deux centimètres à droite de la ligne médiane : il s'écoule cinquante grammes de pus. L'abcès est vidé et lavé à l'eau boriquée ; gaze iodoformée dans la plaie et pansement humide.

Guérison rapide. Huit jours après, le malade reprenait son genre de vie habituel.

L'examen du pus, fait plusieurs fois, n'a jamais fait découvrir de gonocoque.

Le malade reste en traitement pour sa chaude-pisse, qui guérit ultérieurement.

Cette observation de Billard est intéressante à plus d'un titre. On décrit habituellement les lymphites dorsales de la verge, au cours de la chaude-pisse, sous des formes bénignes, évoluant sans suppuration vers une guérison rapide. Chez le malade actuel, la lymphite a abouti à la suppuration avec des phénomènes d'infection générale assez graves ; dans les lymphites suppuratives de même nature, signalées par Cullerier, Bertheraud, Hardy et Billet, on n'avait pas noté une pareille intensité dans les phénomènes généraux.

Dans le cas actuel, l'inflammation était purement localisée aux deux tiers postérieurs de la verge ; le tiers antérieur ne présente point d'œdème ; on ne découvre pas de trace d'infection dans le sillon balano-préputial, qui était soigneusement lavé et poudré. La lésion initiale reste donc entièrement localisée au canal de l'urèthre ; pourtant l'abcès se forme sur le trajet du cordon lymphatique. Les connexions du réseau de l'urèthre avec ceux du pénis, au niveau du méat et de la fosse naviculaire, rendent parfaitement compte de cette propagation.

Une fois ouvert, l'abcès marche rapidement vers la guérison ; la restauration des tissus n'est nullement entravée par des phénomènes de phagédénisme ; ainsi, huit jours après l'intervention, le malade reprenait son genre de vie habituel, et

le 1er juillet la cicatrisation était complète : une simple traînée encore dure persistait encore, représentant le cordon lymphatique hypertrophié.

B) Abcès lymphangitiques chancreux

Ces abcès ont été signalés par nombre d'auteurs : nous rappelons brièvement les noms de Ricord, Rollet, Billet, Verdier et Orval. Malgré cela, ils sont loin d'être fréquents : dans une statistique de Ricord, portant sur 271 cas, nous relatons onze cas de lymphite, dont cinq seulement aboutissent à la suppuration ; nous avons observé dernièrement le cas suivant :

XIe OBSERVATION *(Personnelle).*

X..., 18 ans, se présente, le 26 octobre 1903, au service de M. le Professeur Audry. — Il y a un mois, à la suite de rapports avec une professionnelle, le malade vit apparaître, six jours après, sur la surface interne du prépuce, une petite ulcération dont il ne se soucia guère. Quinze jours après, deux tumeurs se formaient, l'une dans l'aine droite, l'autre au niveau de la racine de la verge ; c'est dans cet état que le malade se présente à la consultation.

Les deux tumeurs, du volume d'une noix, affectant la disposition déjà indiquée, sont distantes d'envi-

ron six centimètres et reliées entre elles par un cordon à peine perceptible à cause de l'empâtement environnant. A leur niveau, la peau est rouge, luisante ; à la périphérie, les tissus sont légèrement œdématiés. La palpation, excessivement douloureuse, met en évidence la fluctuation.

De la partie antérieure de la première tumeur se détache un cordon induré qu'on suit le long de la face dorsale du pénis et qui aboutit à une ulcération siégeant sur le prépuce, ulcération non indurée et taillée à l'emporte-pièce.

Dès le lendemain de son entrée, après antisepsie préalable de la région, une double incision est faite au niveau des deux tumeurs : il s'écoule du pus jaunâtre en quantité relativement abondante. La peau est décollée sur toute la périphérie.

On lave, on draine avec une mèche de gaze iodoformée.

Le lendemain, en renouvelant le pansement, on constate que les deux plaies communiquent par un trajet fistuleux ; séance tenante, on réunit les deux plaies par une incision de cinq centimètres environ, portant sur le trajet ; on laisse une mèche de gaze dans la plaie et l'on recouvre.

Pansement quotidien des abcès et du chancre ; de temps en temps, attouchements au nitrate d'argent. La cicatrisation s'opère assez régulièrement et, le 19 novembre, le malade est en assez bon état pour quitter le service.

Il mit encore trois semaines à se cicatriser d'une manière complète.

XII[e] OBSERVATION

(*Traité des Maladies vénériennes*, RICORD.)

Lar..., 22 ans, s'est aperçu depuis neuf jours de la présence d'un chancre au niveau du frein.

Sur le dos de la verge, on voit une tumeur abcédée, paraissant avoir été produite par un engorgement lymphatique ; on sent le vaisseau tendu, induré, depuis l'insertion du prépuce jusqu'au-delà de la tumeur, vers l'aine droite, où se trouve un bubon naissant encore sans adhérence, et douloureuse au toucher. — Pas de chaudepisse.

On ouvre la tumeur du dos de la verge, qui donne un pus jaunâtre, peu lié, qu'on inocule à la cuisse droite. Au bout de trois jours, pustule caractéristique ; du reste, l'aspect du foyer rappelle les caractères du chancre : bords relevés et durs, fond couvert de pulpe grisâtre. Dix jours après, ouverture du bubon, qui présente de la fluctuation.

Cautérisation au nitrate d'argent et pansement au vin aromatique. Guérison en quinze jours.

Ces abcès présentent des caractères spéciaux, soit dans leur mode de formation, soit dans leur évolution ultérieure.

« On ne saurait mieux les comparer, disait Rollet, mais seulement sous le rapport de leur suppuration rapide, qu'aux abcès métastatiques de l'infection purulente. La suppuration s'y forme

dans tous les points à peu près; le sommet n'est guère plus ramolli que la base : on dirait une ampoule purulente plutôt qu'un abcès. »

L'évolution de l'abcès ne diffère en rien de celle du chancre mou : « L'orifice, dit Ricord, ne présente pas de tendance à la cicatrisation. Il s'ulcère, s'élargit, se creuse; les bords, irréguliers, se décollent; le fond grisâtre laisse écouler du pus abondant : c'est un véritable chancre mou pouvant s'inoculer. »

De son côté, Fournier dit que le chancre est à la fois, pour les lymphatiques, une cause d'irritation commune et une source de virulence spécifique. « En tant qu'irritant vulgaire, il ne produit rien de spécial. En tant que foyer de virulence, il détermine une inflammation virulente des vaisseaux, aboutissant nécessairement à la suppuration, parce que son point de départ, son exode même est une suppuration, une inoculation du vaisseau lymphatique. Le pus sera virulent, ce sera le pus d'un chancre mou. »

L'observation XII prouve en effet la virulence et la spécificité du pus en ce qu'elle reproduit la lésion initiale. Le pus peut conserver pendant longtemps cette propriété ; parfois, cependant, la contagion n'existe plus après quelques semaines.

Parfois, la guérison est lente, entravée par le phagédénisme. Le traitement de choix sera l'incision précoce, l'iodoforme, etc.

VI. — Abcès étendus de la face inférieure.

Hardy avait signalé, dans son Mémoire sur les abcès blennorrhagiques, la prédilection des abcès pour les zones sous-naviculaires et bulbaire, à cause précisément de l'abondance toute particulière des follicules et du tissu cellulaire; il avait, de plus, observé que parfois l'abcès bulbaire envoyait un prolongement jusque vers la partie moyenne du pénis.

Cependant, si ces deux régions sont susceptibles de s'enflammer plus fréquemment que les autres, en raison de certaines conditions spéciales, la zone intermédiaire, sous-jacente au canal de l'urèthre, peut être atteinte, isolément ou de concert avec les autres, à la suite d'une infection uréthrale. Nous avons déjà vu qu'elle pouvait être le siège d'abcès localisés, développés dans le tissu cellulaire, autour de certains diverticules de l'urèthre, peut-être parce que les lésions inflammatoires étaient surtout marquées au niveau de cette portion du canal. On pourra très bien admettre qu'à la suite d'une phlegmasie intense, qui intéresse toute la région pénienne du canal de l'urèthre, le tissu cellulaire sous-jacent puisse également être atteint sur toute la région intéressée.

De fait, l'observation que nous empruntons à Billet concerne un jeune soldat qui, six jours après le début d'une chaudepisse, par conséquent en pleine période aiguë, présenta un abcès étendu de la face inférieure du pénis.

XIII[e] OBSERVATION

(Billet. Thèse de Paris, 1877.)

X..., hussard, 20 ans, de constitution robuste, n'ayant eu ni uréthrite, ni syphilis.

Dans le courant du mois de juillet, il a des rapports avec une rôdeuse. Les premiers symptômes de la chaudepisse apparaissent quatre jours après. Il est aussitôt soumis aux balsamiques.

Le sixième jour de l'invasion, la verge se tuméfie, la peau devient rouge, chaude, tendue et douloureuse. Ecoulement moins abondant et moins épais ; moins de douleurs aux mictions, mais érections plus douloureuses. Il survient en même temps un léger engorgement des ganglions de l'aine.

Les accidents inflammatoires marchent vite : quarante-huit heures après, la verge est déformée, présentant une tumeur oblongue légèrement bilobée, qui siège à la face inférieure du pénis et part de la racine des bourses, en remontant jusqu'au tiers antérieur de l'organe viril.

La tumeur est dure, du volume d'un œuf de poule, douloureuse, lancinante, semi-fluctuante à son cen-

tre. Symptômes inflammatoires très violents (agitation, insomnie, sans fièvre).

L'incision est faite et donne issue à des flocons de pus crémeux lié et à beaucoup de sang.

Soulagement immédiat du malade; repos la nuit suivante. Depuis, diminution de volume de la tumeur, retour de la verge à ses dimensions normales.

L'urine a toujours suivi son trajet naturel.

Il serait intéressant de savoir la nature exacte de ces abcès; nous ne pouvons que faire des hypothèses. La paroi inférieure de l'urèthre est tapissée sur toute sa longueur, nous le savons déjà, par un grand nombre de diverticules.

Est-ce directement autour des follicules enflammés que se sont développés des foyers purulents, ou bien s'agit-il d'une angioleucite réticulaire suppurée? Billet semble pencher pour cette dernière hypothèse; il voit en effet, dans l'engorgement des ganglions de l'aine, une preuve de l'infection et de la suppuration des réseaux lymphatiques péri-uréthraux.

On peut très bien admettre cette dernière hypothèse; les lymphatiques péri-uréthraux ont sans doute la même aptitude à s'enflammer que les superficiels, d'autant plus que rien ne s'oppose à ce qu'ils soient influencés directement par l'infection uréthrale.

VII. — Abcès récidivants.

Il existe encore une nouvelle variété d'abcès localisés à la partie inférieure et moyenne du pénis. Ils évoluent comme les abcès précédents, s'ouvrant spontanément à l'extérieur et guérissent assez rapidement par une cicatrice superficielle. Le sujet se croit hors d'affaires lorsqu'à la suite d'une infection nouvelle du canal un second abcès se forme au niveau du précédent et évolue de la même façon. On peut ainsi assister à deux, même trois récidives.

Ces faits ont été signalés, en 1902, par notre Maître M. le Professeur Audry, dans le *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques;* nous reproduisons du reste l'observation. Elle concerne un jeune homme qui avait présenté, à trois reprises, un abcès blennorrhagique, sans communication apparente avec l'urèthre, dû à l'infection de diverticules microscopiques imperméables à l'urine.

Depuis lors, un nouveau cas d'abcès récidivant s'est présenté à la clinique de M. le Professeur Audry ; nous en donnons l'observation : elle est intéressante en ce qu'on ne voit pas bien ce qui a provoqué, au niveau de la tumeur précédente, l'apparition d'un nouvel abcès ; car le sujet ne présente pas d'écoulement uréthral.

XIV[e] OBSERVATION

(Journ. des Mal. cutan. et syphil., 1902, Professeur Audry.)

Jeune homme robuste de 25 ans. Première chaudepisse à 16 ans, compliquée, huit à dix jours après son début, d'un abcès développé sur la face inférieure du pénis, ouvert spontanément et guéri au bout d'un mois. A 21 ans, deuxième chaudepisse, deuxième abcès semblable ayant évolué de la même manière. Il a pris sa troisième et dernière chaudepisse il y a deux mois.

Au bout de trois semaines, tuméfaction, douleur sur la face inférieure du pénis ; ouverture spontanée d'un abcès semblable aux précédents. Il restait une petite ouverture pustuleuse un peu à droite de la partie moyenne de la ligne médiane, quand il se forma une autre petite tumeur, qui se vida, il y a cinq jours, par un petit pertuis situé à gauche.

Quand je le vis, il avait une arthrite à gonocoques bien caractérisée, sans complications vésicale, prostatique ou épididymaire. A la partie moyenne de la face inférieure du pénis, masse dure et irrégulière, profondément striée, adhérente à l'urèthre et à la peau, ouverte à l'extérieur par les deux trajets indiqués ; l'un d'eux donnait un peu de pus sans gonocoques.

Anesthésie ; extirpation de la masse indurée, qui adhère à l'urèthre spongieux, et qu'on enlève sans ouvrir la muqueuse uréthrale. Cette masse est formée

de tissu d'inflammation, limitant une cavité à parois mal indiquées.

En excisant la partie la plus voisine de l'urèthre, j'aperçois sur un fragment deux imperceptibles points jaunes d'apparence vaguement canaliculaire et qui ressemblent à la coupe de lymphatiques infectés. Suites opératoires simples.

XV[e] OBSERVATION *(Inédite)*.

X..., 50 ans, de constitution robuste.

Plusieurs années auparavant, le malade avait contracté une chaudepisse qui s'était accompagnée de la production d'un abcès assez volumineux, occupant la face inférieure du pénis, juste sur la ligne médiane et vers la partie moyenne de la verge. L'abcès s'ouvrit spontanément, laissant s'écouler une assez grande quantité de pus et guérit également sans autres soins.

En novembre 1902, il se présente à la clinique de M. le Professeur Audry avec des accidents aigus, identiques à ceux dont il a déjà souffert. Il présente, sur la surface inférieure de la verge, sur la ligne médiane et vers la partie moyenne, une tuméfaction considérable, douloureuse à la pression et manifestement fluctuante. La tuméfaction s'étend de la base du gland à l'angle péno-scrotal.

Le malade déclare que c'est la troisième fois qu'il présente des accidents de ce genre : on ne voit pas la cause occasionnelle de ces récidives.

L'incision est faite séance tenante, après antisepsie préalable; un flot de pus s'écoule aussitôt ; l'abcès est

bien circonscrit ; on ne trouve pas de communication avec l'urèthre. Le décollement est simplement limité à la face inférieure du pénis. On lave, on laisse une mèche de gaze pour opérer le drainage et l'on fait un pansement occlusif.

Le malade n'est plus revenu faire renouveler son pansement ; on ignore absolument ce qu'il est devenu.

Nous sommes d'autant mieux renseignés sur la nature de ces abcès que l'examen microscopique des fragments enlevés a été fait dans le premier cas par MM. les Docteurs Audry et Dalous.

Chacun des points jaunes, visibles macroscopiquement, répondait à une sorte de tube épithélial coupé en travers. Les deux étaient formés d'une bande d'épithélium malpighien parfaitement caractérisé : l'un représentait la section d'un véritable conduit dont l'aire centrale constituait une cavité plus ou moins considérable, suivant les coupes, et qui, à un certain niveau, pouvait passer pour un kyste. L'autre répondait à une invagination en doigt de gant ; car, tandis que les premières coupes le représentaient tubulé, les dernières le montraient plein. La cavité était vide ou contenait des amas de polynucléaires. Au pourtour des tubes, l'inflammation était nettement systématisée ; le tissu conjonctif était envahi en totalité par une infiltration extrêmement dense de cellules inflammatoires de types variés.

« Il en résulte, écrivait M. le Professeur Audry, que les tubes épithéliaux représentent manifeste-

ment des invaginations d'une cavité ancienne, limitée par un épithélium ectodermique. Cette cavité et ses dépendances sont assurément le foyer autour duquel se sont développés et répétés les abcès qui ont accompagné chacune des blennorrhagies de notre malade. Il est extrêmement probable que cette cavité a eu avec l'urèthre des communications ; mais celles-ci sont insaisissables ; nous ne pouvons pas savoir quel a été l'agent de cette infection. »

Il serait également intéressant de connaître la nature exacte de ces diverticules. M. le Professeur Audry a signalé, dans les *Archives provinciales de Chirurgie* de 1897, un cas de poche uréthrale à parois dermoïdes. Dans la même année, un de ses élèves, Raoust, étudia ces poches congénitales, parfois très considérables, que l'on rencontre sur le trajet du canal et qui constituent de véritables kystes dermoïdes de l'urèthre.

Il est probable que, dans le cas présent, il s'agissait d'abcès developpés autour de ces kystes. Toutefois, il est possible d'interpréter autrement ces formations diverticulaires, qui pourraient représenter un excès de développement des follicules uréthraux. De plus, le revêtement cutané n'aurait, dans ce cas, rien d'extraordinaire, car on pourrait admettre une métaplasie épidermique pareille à celle qui s'observe sur la muqueuse uréthrale, qui a subi une inflammation chronique.

VIII. — **Abcès diffus.**

Il nous reste enfin à signaler une dernière variété d'abcès de la verge : ce sont les abcès diffus.

Nous en avons observé deux cas dans le courant de cette année : l'un intéressait un homme atteint de chaudepisse, l'autre concernait un vieux syphilitique qui présentait sur le gland des ulcérations gommeuses ressemblant, à s'y méprendre, à des lésions d'ecthyma, mais qui ne tardèrent pas à disparaître sous l'influence du traitement mixte.

XVI[e] OBSERVATION *(Personnelle).*

X..., chaudronnier, 36 ans, se présente, le 25 mai 1903, à la consultation de M. le Professeur Audry.

A l'examen de la verge, on constate la présence d'un écoulement purulent, épais, remontant à une dizaine de jours. Coexistence d'un phimosis. La verge est tuméfiée ; la peau est rouge, chaude ; on sent, sur le dos du pénis, des cordons durs, aboutissant des deux côtés de l'aine aux ganglions hypertrophiés.

En même temps, sur la face inférieure de la verge, on perçoit une tumeur oblongue, volumineuse, allant

de la base du gland jusqu'au scrotum, sur lequel elle empiète. Elle est excessivement douloureuse; le palper met en évidence la fluctuation.

Symptômes locaux très marqués : le malade se plaint de douleurs lancinantes, s'irradiant vers la racine de la verge et la cuisse, particulièrement marquées depuis cinq jours. A noter également quelques frissons, anorexie complète et insomnie absolue. En même temps, on constate dans le genou droit un léger épanchement : la peau est rouge, chaude, le membre légèrement fléchi.

Le malade rentre à l'hôpital dans la soirée; l'incision devait être faite dès le lendemain quand, dans la nuit, l'abcès s'ouvre spontanément, donnant issue à une grande quantité de pus.

Le lendemain, débridement de l'abcès : on constate un large décollement de la peau du scrotum et du pénis, sur ses deux faces latérales. On lave et on laisse une mèche de gaze dans le trajet. La circoncision est faite également.

Lavages au permanganate pour sa chaudepisse; pansement quotidien de l'abcès. On voit la cicatrisation s'opérer régulièrement. Guérison définitive au bout de quatre semaines.

XVII[e] OBSERVATION *(Personnelle)*.

X..., 50 ans; chancre du méat à 30 ans; vers cette même époque a été opéré d'un bubon de l'aine droite. A servi pendant vingt ans dans la marine; séjour dans les colonies, mais jamais de fièvre palustre.

Il raconte qu'il y a deux mois, à la suite de petits points blanchâtres apparus sur le gland, de petites ulcérations leur succédèrent au même niveau, sans tendance aucune à se cicatriser.

Il y a environ quinze jours, la verge se tuméfia, prenant des dimensions considérables; puis, au bout de trois ou quatre jours de douleurs intenses, un flot de pus s'écoula par l'orifice du prépuce.

Il se présente, le 17 juin 1903, à la consultation de M. le Professeur Audry; il est hospitalisé.

A l'examen de la verge, on constate quatre ulcérations croûteuses, de deux centimètres environ, réparties sur les faces dorsale et latérale du gland, ressemblant, à s'y méprendre, à des lésions d'ecthyma. Au niveau du sillon balano-préputial, à quelques millimètres du filet, existe un pertuis par où s'écoule, à la pression, un liquide purulent. On introduit une sonde cannelée et l'on constate un vaste décollement de la peau, sur les faces inférieure et latérale du pénis. Sur la sonde cannelée on fait une incision qui, partant du sillon balano-préputial, mesure cinq centimètres environ. Du pus s'échappe par l'ouverture de la plaie; on lave et on constate que les tissus sous-jacents sont mortifiés.

Le lendemain, nouveau débridement de chaque côté de l'incision pour atteindre les limites de cet abcès.

On laisse une mèche de gaze dans le trajet; le pansement est renouvelé tous les jours. Traitement spécifique. Cependant, la cicatrisation ne s'opère pas bien vite; trois semaines environ après, le malade raconte qu'il n'urine plus par son méat: en

effet, le pansement est souillé. On découvre une fistule uréthrale siégeant à un ou deux centimètres en arrière du sillon et due à l'élimination d'une eschare.

On laisse une sonde à demeure dans le canal ; on continue le pansement de l'abcès ; de temps en temps, attouchements au nitrate d'argent.

Sous l'influence du traitement spécifique, les ulcérations du gland se réparent ; la cicatrisation de l'abcès s'opère lentement, mais régulièrement, de la base vers la périphérie ; toutefois, au niveau de la face inférieure et antérieure de la verge, il reste une vaste perte de substance, creusée en infundibulum, au fond de laquelle persiste la fistule uréthrale.

Le malade sortait de l'hôpital, le 18 novembre, complètement guéri de ses accidents, sauf de la fistule. On ne tenta pas l'oblitération de celle-ci, parce que tout le parcours balanique de l'urèthre était transformé en une étroite cicatrice.

Il est vraisemblable que, dans l'un et l'autre cas, nous avons eu affaire à de la lymphangite suppurée. Les ulcérations gommeuses d'un côté, les érosions de l'urèthre enflammé de l'autre, ont permis l'introduction des agents infectieux dans les vaisseaux lymphatiques.

L'intensité et la diffusion des phénomènes inflammatoires s'expliquent, dans le premier cas, par une phlegmasie intense de l'urèthre qui a retenti jusque dans les articulations ; quant au dernier cas, il ne faut pas oublier que c'est un syphilitique et que, de ce fait, la suppuration des lympha-

tiques est peut-être plus facile et peut-être plus intense. Déjà, dans sa thèse, Verdier avait remarqué que, dans la plupart des cas d'abcès lymphagitiques observés au cours du chancre mou, les sujets étaient des syphilitiques.

Ne pourrions-nous pas admettre, avec lui, que la vérole détermine, du côté des vaisseaux lymphatiques, une altération chronique de leur paroi capable de diminuer leur résistance et de favoriser par conséquent leur suppuration dès qu'à la faveur d'une érosion quelconque s'accomplit la pénétration des microbes ?

Mais il reste une chose inexplicable : c'est la production secondaire de la fistule urinaire. Faut-il invoquer le mauvais état des tissus en général chez un syphilitique, ou l'intervention tardive qui a été faite chez le sujet en question, ou, simplement, le mauvais état de l'urèthre, attaqué lui-même par l'extension des ulcérations du gland ?

Dans tous les cas, l'intervention précoce s'impose, pour l'ouverture de ces abcès, comme pour tous les abcès en général. La guérison est plus rapide et les délabrements locaux moins marqués.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cette étude comporte l'examen macroscopique et microscopique des abcès du pénis.

Au point de vue macroscopique, ces abcès peuvent présenter des particularités, suivant leur localisation, leurs dimensions et leurs rapports avec la peau et l'urèthre ; ce sont des abcès superficiels, tendant plutôt à faire saillie du côté de la peau que de l'urèthre.

Les uns sont manifestement dus à la suppuration des troncs lymphatiques ; ils siègent sur la face dorsale du pénis, atteignant le volume d'une noix. Le vaisseau lymphatique altéré se laisse

distendre, de façon à constituer une volumineuse ampoule remplie de pus. Après incision, la sonde, introduite dans la plaie, permet de constater que la cavité se prolonge par un trajet fistuleux le long du tronc lymphatique hypertrophié. Autour de ce foyer central, dans le tissu cellulaire environnant, s'en développe un second qui amène le décollement de la peau sur toute la périphérie et tend à s'ouvrir au dehors.

Ceux de la partie inférieure siègent dans le tissu cellulaire intermédiaire à l'urèthre et à la peau.

Les uns sont nettement limités, ne dépassant guère le volume d'une noisette, mobiles sur la paroi de l'urèthre, adhérant à la peau, qu'ils soulèvent. L'incision amène dans une cavité bien limitée, indépendante de l'urèthre.

Il en est qui adhèrent par un pédicule à la partie de l'urèthre : ce sont les abcès chroniques et récidivants.

D'autres occupent toute la longueur du pénis, soulevant la peau, qui est rouge, luisante et parfois violacée. Tantôt la cavité est nettement limitée à la paroi inférieure du pénis : tel est le cas pour les abcès étendus ; tantôt elle se prolonge du côté du scrotum et sur les faces latérales de la verge, comme dans les abcès diffus ; il est rare d'observer une communication avec l'urèthre.

Au point de vue histologique, il faut distinguer les abcès aigus et les abcès chroniques.

Les premiers ne diffèrent en rien des abcès ordinaires ; leur paroi ne présente rien de particulier. Le pus est franchement phlegmoneux, plus ou moins abondant, suivant l'étendue du foyer, contenant ou non du gonocoque, seul ou associé avec d'autres agents pyogènes.

Quant aux abcès chroniques, le contenu n'offre rien de spécial. La paroi seule peut présenter des particularités : tantôt elle est formée de tissu fibroïde, tout comme dans les abcès chroniques ordinaires, tantôt elle est constituée par une membrane à type dermoïde : tel est le cas des abcès récidivants.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Les abcès du pénis sont généralement des abcès lymphangitiques ou péri-folliculaires, se développant au voisinage ou à distance de la lésion initiale. Il est un autre ordre d'abcès se formant aux dépens des culs-de-sac diverticulaires de l'urèthre ; ce sont les kystes suppurés. Ils résultent de l'oblitération mécanique ou cicatricielle du conduit excréteur et de la distension du sac par le pus qui s'y accumule.

Tous ces abcès sont d'origine microbienne, dus à l'action directe des agents eux-mêmes ou seule-

ment de leurs toxines. Ils relèvent, soit des microbes spécifiques de la lésion initiale (gonocoque, bacille de Ducray), soit des agents vulgaires de la suppuration, soit encore de l'association des uns et des autres.

Au cours de la chaudepisse, le gonocoque, d'après Réale (*Ann. de Dermat.*, 1900), peut à lui seul provoquer des suppurations au niveau du tissu conjonctif péri-uréthral ; cette constatation avait été faite déjà par Stanziale (*Ann. de Dermat.*, 1897). Mais, généralement, on trouve avec lui divers autres agents : ainsi, Pellizari (*Ann. de Dermat.*, 1890), a signalé son association avec le staphylococcus aureus; plus tard, en 1897 (*Ann. de Dermat.*), Stanziale le rencontre une première fois avec le staphylococcus aureus, une seconde avec le staphylococcus albus.

Dans le cas de chancre mou, deux cas peuvent se produire : tantôt l'abcès lymphangitique relève de l'embolisation du vaisseau et de son inoculation par le bacille de Ducray : il se produit alors nécessairement un abcès, rappelant par son évolution le chancre initial, et dont le pus est lui-même doué d'une virulence spécifique; tantôt l'abcès est provoqué par les agents vulgaires de la suppuration, qui pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques à la faveur de l'ulcération; il ne présente dans ce cas rien de particulier. Ces deux modes d'évolution ont été signalés par Fournier, qui disait que le chancre est à la fois pour les

lymphatiques une cause d'irritation commune et une source de virulence spécifique.

Dans deux de nos observations, où les sujets présentaient, l'un des ulcérations gommeuses du gland, l'autre une ulcération épithéliomateuse au même niveau, l'abcès relève probablement des agents pyogènes vulgaires.

Toute érosion de la peau du pénis et de la muqueuse de l'urèthre ou du gland est donc susceptible d'amener la production d'abcès; c'est ainsi que, si nous nous rapportons aux observations précédentes, nous les voyons survenir dans des conditions diverses, au cours de la blennorrhagie, du chancre mou, d'une ulcération syphilitique, pendant l'évolution d'un épithélioma ulcéré du gland.

Mais, incontestablement, les abcès du pénis sont particulièrement fréquents dans les affections vénériennes, et notamment dans la blennorrhagie. Ils apparaissent à des époques variables : dans le chancre, ils se montrent généralement dans les dix jours qui suivent l'apparition de l'accident initial. Au cours de la chaudepisse, ils apparaissent tantôt à la période aiguë de l'affection, tantôt à la période latente.

Certains auteurs ont relevé les excès de coït, la masturbation, les écarts de régime, la rupture violente de la corde. Cullerier a signalé les injections abortives de nitrate d'argent. Hardy et Jullien accusent les excès de thérapeutique.

Il est évident qu'il faut tenir compte de toute cause qui agit, soit en déterminant une infection surajoutée, soit en augmentant l'acuité de l'infection initiale.

Pronostic, Diagnostic et Traitement.

Nous serons bref, ici, parce que nous avons signalé ces divers points en étudiant chaque variété d'abcès.

On comprend que le *pronostic* d'abcès du prépuce ne soit pas le même que celui d'un vaste abcès profond. Il est généralement simple, la durée de la maladie étant exactement proportionnelle à l'étendue de l'écoulement. Il est remarquable que les complications sont extrêmement rares ; chez un seul de nos malades nous voyons l'ouverture secondaire de l'urèthre : or, la portion balanique de l'urèthre était en si mauvais état que celui-ci y était particulièrement exposé.

D'une manière générale, on peut dire que le *diagnostic* de ces suppurations se fait d'après les symptômes habituels à tous les abcès superficiels.

Quant au *traitement*, il ne diffère en rien de celui des abcès ordinaires : incision large et drainage. Il faut en même temps traiter les causes originelles variées, ainsi que les complications immédiates ou secondaires. Dans le cas d'abcès chronique à marche lente, à paroi bien isolable, il faut, autant que possible, extirper cette paroi ; la nécessité devient impérieuse quand il s'agit d'abcès récidivant.

CONCLUSIONS

1° Les abcès du pénis sont peu, mal ou ne sont étudiés, dans les auteurs, indépendamment des grands accidents infectieux et gangréneux de la verge;

2° Ils sont cependant nombreux et souvent fort intéressants;

3° Nous en connaissons plusieurs variétés cliniques : abcès du frein, de la rainure, du prépuce; abcès limités et étendus de la face inférieure, abcès limités du dos de la verge, abcès récidivants, abcès diffus;

4° Les conditions étiologiques qui président à l'apparition de ces abcès sont nombreuses et variées; nous y rencontrons toutes les sources d'infection (chaudepisse, chancre, ulcère syphilitique, épithélioma, etc.);

5° Ces abcès sont dus à l'action de microbes, naturellement variables suivant leur origine, mais parmi lesquels figure assurément le gonocoque dans le cas de blennorrhagie ;

6° Leur marche est aussi variable que leur localisation, leur pronostic et les modes de traitement ;

7° A côté des variétés aiguës, il faut, à tous les points de vue, distinguer certaines variétés chroniques récidivantes, qui sont des kystes suppurés.

Vu par le Président de Thèse,

AUDRY.

Vu : *Le Doyen,*

CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 24 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

PERROUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — Abcès récidivants (J. des mal. cut. et syph., 1903).

Bassereau. — Précis des mal. vénériennes, 1852.

Bertheraud. — Précis des mal. vénériennes.

Billet. — Lymphangite de la verge (Th. de Paris, 1872).

Billard. — Lymph. suppurée de la verge (J. des mal. cut. et syph., 1897).

Chassaignac. — Traité de la suppuration.

Cullerier. — Leçons cliniques de l'Hôpital du Midi, 1861.

Dechambre. — Encyclopédie (articles Pénis et Blennorrhagie).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Fournier. — Nouveau dict. de médec. et chirur. pratique (art. Chancre).

Hardy. — Abcès blennorrhagique (mémoire sur., 1864).

Jullien. — Traité des mal. vénériennes.

Lagneau fils. — Abcès péri-uréthraux (Gaz. hebd. de méd. et chir., 1862).

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Pellizari. — Annales de dermatologie, 1890.

Orval. — Lymphangit. d'orig. vénérienne (Thèse, Paris, 1885).

Réale. — Annal. de dermatol., 1900.

Reynault. — Précis des mal. vénériennes.

Renault. — Journal des Praticiens, 1903.

Ricord. — Traité des mal. vénériennes, 1838.

Rollet. — Traité des mal. vénériennes, 1865.

Stanziale. — Annales de dermatol., 1897.

Sorbets. — Phlegmon péri-uréthral (Gaz. des hôpit., 1881).

Vacca Berlinghieri. — Traité des mal. vénériennes.

Venot. — Abcès péri-uréthraux (J. de méd. de Bordeaux, 1860).

Verdier. — Abcès lymphangitiques chancreux (Thèse, Paris, 1884).

Vidal de Cassis. — Traité des mal. vénériennes, 1855.

Toulouse. — Imp. J. Fournier, boulevard Carnot, 62.